第１号様式

同　　　　　意　　　　　書

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　　月　　　日（ 宛先 ）　名　古　屋　市　長　　　　　　　　　　　　 　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　 　医療機関　　　　　　　　　　　　　 　開設者氏名　　　　　　　　　　　　　　 　　身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師として指定されることに同意します |
| 担　当　科　名 |  |
| 医療機関名 |  |
| 医療機関所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　 担当者電 話（　　　　）　　　－　　　　　 |